SERVICIOS DE NIÑOS DE CALIFORNIA INFORMACIÓN DE SEGURO DE SALUD

- Seguro Médico
 Seguro Dental

Nombre del paciente	Número de CCS	Condado
---------------------	---------------	---------

Tipo de plan de seguro (indique uno)
 Médico principal Organización Proveedora Preferida (PPO) Organización de Cuidado de Salud (HMO)

1. Nombre del plan de seguro		Número de grupo/ID de plan		Fecha de vigencia del plan	
Dirección de la oficina de reclamo (número, calle)		Ciudad	Estado	Código postal	Número de teléfono ()
2. Nombre del asegurado		Número de seguro social			
Dirección (número, calle)		Ciudad	Estado	Código postal	
3. Empleador del asegurado		Número de teléfono ()			
Dirección (número, calle)		Ciudad	Estado	Código postal	
4. Nombre del sindicato		Número local			
Dirección (número, calle)		Ciudad	Estado	Código postal	

DESCRIPCIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SEGURO

Cuidado Profesional del Niño (Cantidad Máxima)			Cuidado de Hospital del Niño (Cantidad Máxima)			
	Cobertura		Grado			
	Sí	No				
5. Visitas de oficina	☐	☐	\$	13. Cuarto y comida ☐ Sí ☐ No		
6. Paciente externo, rayos x, laboratorio	☐	☐	\$	\$ _____ diario por _____ días		
7. Cirugía	☐	☐	\$	14. Servicios de hospital diversos \$ _____		
8. Cirugía auxiliar	☐	☐	\$	15. Limitaciones:		
9. Anestesia	☐	☐	\$			
10. Visitas de hospital	☐	☐	\$			
11. Otro	☐	☐	\$			
12. Limitaciones:						

16. Beneficios extensos o médicos principales Sí No

Prescripciones ☐ Sí ☐ No Anteojos/reparación ☐ Sí ☐ No Aparatos ☐ Sí ☐ No	Reparaciones de aparato ☐ Sí ☐ No Prótesis auditiva ☐ Sí ☐ No Accesorios de prótesis auditiva ☐ Sí ☐ No	Plan dental ☐ Sí ☐ No Ortodoncia ☐ Sí ☐ No Otro: _____ ☐ Sí ☐ No
---	---	--

17. Deducible \$ _____ al _____ % por Año civil Año de beneficio
 Si es el año de beneficio, fecha efectiva _____ Si es recién nacido fecha efectiva del plan _____

18. Beneficios máximos \$ _____ por _____ Vida del plan: Enfermedad Año

19. Yo acuerdo a reembolsar los Servicios de Niños de California cualquier ingreso incorrectamente desviado por mí. Yo acepto la Declaración Confidencial al final de este formulario.

Firma del padre o tutor legal	Fecha
Informe completado por	Título
	Fecha

DECLARACIÓN CONFIDENCIAL

La información en este formulario es requerida por el condado y estado de los Servicios de Niños de California (CCS) como parte de su solicitud para asistencia, ya que CCS no puede pagar por esa porción de los gastos los cuales son un beneficio de su recurso de seguro. La información es mantenida de acuerdo con la Sección 123800, *et seq.*, del Código de Seguridad y Salud de California. usted es requerido proporcionar la información en este formulario. Si usted no proporciona esta información, la elegibilidad para los servicios puede ser negada. Cualquier información que usted proporcione puede ser usada por las oficinas de CCS del condado y del estado, los Servicios de Salud del Departamento de Estado, y proveedores de servicios. Usted tiene derecho a reexaminar los expedientes mantenidos por CCS relacionados con usted. Si usted desea reexaminar estos expedientes, comuníquese con la persona responsable de los expedientes en la oficina de CCS de su condado. Apelos pueden ser dirigidos a: Maridee A. Gregory, M.D., Jefa, de los Servicios Médicos de los Niños (CMS), P.O. Box 942732, Sacramento, CA 94234-7320 (teléfono (916) 327-1400). Después de reexaminar sus expedientes usted puede solicitar por escrito que sean corregidos o rectificadas para hacerlos exactos, pertinentes y completos.